| **FORMULARZ ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA DO PROJEKTU**  „Kurs na Rodzinę*”*  Nr projektu: RPZP.07.06.00-IP.02-32-K112/17  Oś Priorytetowa VII: *Włączenie społeczne*  Działanie 7.6: *Wsparcie rozwoju usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym*  Cel szczegółowy: *Zwiększenie dostępności usług społecznych w szczególności usług środowiskowych, opiekuńczych oraz usług wsparcia rodziny i pieczy zastępczej dla osób zagrożonych ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA FORMULARZA**  **Wszystkie pola formularza muszą być wypełnione. Należy wypełniać tylko pola nieoznaczone kolorem lub oznaczać znakiem „x” we właściwym polu. Należy wskazać numer telefonu lub adres e-mail, aby umożliwić kontakt i weryfikację danych.**  **W przypadku udziału w projekcie osób małoletnich, oświadczenie o uczestnictwie powinno zostać podpisane przez opiekuna prawnego.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CZĘŚĆ A (wypełnia uczestnik drukowanymi literami)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko: | |  | | | | | | | | | | Imię: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Kraj: | | Polska | | | | | | | | | | Obywatelstwo: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Data urodzenia - (RRRR-MM-DD) | | | | | | |  |  |  |  | | - | |  |  | | - | |  |  | |  | | | | | | | | | |
| PESEL: | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Dane kontaktowe – miejsce zamieszkania | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica  (ze wskazaniem: ulica, plac, aleja): | | |  | | | | | | | | Nr domu: | | | | | |  | | | | | | Nr mieszkania: | | | | |  | | | | |
| Miejscowość: | | |  | | | | | | | | Powiat: | | | | |  | | | | | | | Gmina: | | | | |  | | | | |
| Województwo:  -  Powiat: | | | Zachodniopomorskie | | | | | | | | | | Kod pocztowy: | | | | | | | | | | | |  |  | - | |  |  |  | |
| Tel.: |  | | | | | | | | | | | | e-mail: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Wykształcenie\*: | |  Niższe niż podstawowe \* | | | | | | | |  Podstawowe \* | | | | | | | | | | |  Gimnazjalne\* | | | | | | | | | | | |
|  Policealne \* | | | | | |  Ponadgimnazjalne \* | | | | | | | | | | | | | |  Wyższe \* | | | | | | | | | | | | |
| Status na rynku pracy: | | | | | | | | | | |  Zatrudniony \* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  Uczący się \* | | | | | | | | | | |  Bierny zawodowo \* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  Bezrobotny zarejestrowany w ewidencji urzędów pracy\* | | | | | | | | | | |  Bezrobotny niezarejestrowany w ewidencji urzędów pracy\* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Zatrudniony w:  (miejsce wykonywania pracy, stanowisko) |  |
| Forma zatrudnienia: umowa o pracę, umowa cywilno-prawna (dzieło, zlecenie) |  |

*\*Należy wstawić znak „x” we właściwym polu.*

*\*\*Należy wypełniać tylko pola nie wypełnione kolorem.*

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

Ja, niżej podpisana/y wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Szczecinie pn.: „Kurs na Rodzinę”, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet VII Włączenie Społeczne, Działanie 7.6 Wsparcie rozwoju usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym.

* 1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem uczestnictwa w Projekcie pn.: „Kurs na Rodzinę”.
  2. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w Projekcie.
  3. Oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

….…………..…………………………………..

(data i czytelny podpis uczestnika projektu lub opiekuna prawnego)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Kurs na Rodzinę” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:   1. Administratorem moich danych osobowych jest: 2. Województwo Zachodniopomorskie pełniące funkcję Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020; 3. Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego dla danych w ramach zbioru centralny system teleinformatyczny, wspierający realizację programów operacyjnych 4. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi 5. art.6 ust. 1 pkt c Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE 6. Ustawa z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018r. poz. 1000) 7. Dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 na podstawie:   w odniesieniu do zbioru Projekty RPO WZ 2014-2020:   * 1. rozporządzenia 1303/2013;   2. rozporządzenia nr 1304/2013;   3. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych  w perspektywie finansowej 2014–2020;   w odniesieniu do zbioru centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:   * 1. rozporządzenia nr 1303/2013;   2. rozporządzenia nr 1304/2013;   3. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych  w perspektywie finansowej 2014–2020;   4. rozporządzenia Wykonawczego Komisji (UE) Nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiające szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu  do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi  i pośredniczącymi;  1. Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. „Kurs na Rodzinę” w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 (RPO WZ 2014-2020); 2. Dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy  w Szczecinie, ul. A .Mickiewicza 41 70-383 Szczecin, oraz beneficjentowi realizującemu projekt - Województwu Zachodniopomorskiemu z siedzibą przy ul. Korsarzy 34 w Szczecinie oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu:   Powiatowi ……………………………………………………………………………………………………….………  *(nazwa i adres Powiatu / PCPR).*  Dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej, beneficjenta, jak i wszelkim instytucjom działającym na zlecenie instytucji nadzorujących wdrażanie i wydatkowanie środków UE; dane osobowe mogą zostać również powierzone podmiotom, realizującym kontrole i audyt w ramach RPO WZ 2014-2020 na zlecenie Instytucji Pośredniczącej, beneficjenta jak i wszelkim instytucjom działającym na zlecenie instytucji nadzorujących wdrażanie i wydatkowanie środków UE   1. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania skutkuje brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu; 2. Dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat od zakończenia projektu 3. Każda osoba, z wyjątkami zastrzeżonymi przepisami prawa, ma możliwość: 4. dostępu do danych osobowych jej dotyczących 5. żądania ich sprostowania 6. usunięcia lub ograniczenia przetwarzania 7. wniesieniu sprzeciwu wobec przetwarzania 8. Osoba, której dane przetwarzane są na podstawie zgody wyrażonej przez tę osobę, ma prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawe przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem 9. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego na niezgodne z RODO przetwarzanie Państwa danych osobowych. Organem właściwym dla ww. skargi jest Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa  |  |  | | --- | --- | |  | ….…………..…………………………………..  (data i czytelny podpis uczestnika projektu lub opiekuna prawnego) | |  |  |   **ZGODA NA UTRWALENIE I WYKORZYSTANIE WIZERUNKU**  Wyrażam zgodę na utrwalenie mojego wizerunku na zdjęciach i filmach dokumentujących uczestnictwo w projekcie. Materiały te będą wykorzystane do celów sprawozdawczych i promocyjnych   |  | | --- | | ….…………..…………………………………..  (data i czytelny podpis uczestnika projektu lub opiekuna prawnego) | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ B (wypełnia podmiot realizujący projekt)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL: | | | | | | | |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  | | |  |  |  |
| Data przystąpienia do projektu: | | \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ \_ \_ | | | | Data zakończenia uczestnictwa w projekcie: | | | | | | | | | | \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ \_ \_ | | | | | | | | |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem**  **z dostępu do mieszkań \*** | | | | | |  | | | Tak\* | | | | | | |  | | | | Nie\* | | | | |
| **Osoba z niepełnosprawnościami \*** | | | | | |  | | | Tak\* | | | | | | |  | | | | Nie\* | | | | |
| **Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących, w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu\*** | | | | | |  | | | Tak\* | | | | | | |  | | | | Nie\* | | | | |
| **Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu\*** | | | | | |  | | | Tak\* | | | | | | |  | | | | Nie\* | | | | |
| Osoba niesamodzielna\* | | | | | |  | | | Tak\* | | | | | | |  | | | | Nie\* | | | | |
| Osoba korzystające z Programu Operacyjnego Pomocy Żywnościowej 2014-2020\* | | | | | |  | | | Tak\* | | | | | | |  | | | | Nie\* | | | | |
| Osoba korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej lub kwalifikująca się do korzystania z takich świadczeń\* | | | | | |  | | | Tak\* | | | | | | |  | | | | Nie\* | | | | |
| Osoba przeżywająca trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych\* | | | | | |  | | | Tak\* | | | | | | |  | | | | Nie\* | | | | |
| Osoba zatrudniona w spółdzielni socjalnej**\*** | | | | | |  | | | Tak\* | | | | | | |  | | | | Nie\* | | | | |
| **Osoba przynależąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia\*** | | | | | |  | | | Tak\* | | | | | | |  | | | | Nie\* | | | | |
| Co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością\* | | | | | |  | | | Tak\* | | | | | | |  | | | | Nie\* | | | | |
| Co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów jest zagrożony ograniczeniem praw rodzicielskich\* | | | | | |  | | | Tak\* | | | | | | |  | | | | Nie\* | | | | |
| Osoba zakwalifikowana do III profilu pomocy\* | | | | | |  | | | Tak\* | | | | | | |  | | | | Nie\* | | | | |
| **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej**  **(w innej niż wymienione powyżej)\*** | | | | | |  | | | Tak\* | | | | | | |  | | | | Nie\* | | | | |
| Spokrewniona rodzina zastępcza\* | | | | | |  | | | Tak\* | | | | | | |  | | | | Nie\* | | | | |
| Wykluczenie społeczne\*: |  zagrożenie wykluczeniem\* | | | | | |  wykluczenie\* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Poziom motywacji do wzięcia udziału w poszczególnych formach wsparcia | 1  | | | | 2  | | 3  | | | | | | 4  | | | | | | | | 5  | | | |
| Potencjał na wykorzystanie zdobytej wiedzy | 1  | | | | 2  | | 3  | | | | | | 4  | | | | | | | | 5  | | | |
| Krótka diagnoza sytuacji życiowej uczestnika w momencie rozpoczęcia projektu  ( m.in. przyczyny uczestnictwa w projekcie, specjalne potrzeby uczestnika projektu wynikające z jego niepełnosprawności lub stanu zdrowia.) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rodzaj przyznanego wsparcia: | | | | | | Doradztwo: \* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  Doradztwo rodzinne \* | | |  Doradztwo psychologiczne \* | | | | | | | |  Doradztwo / pomoc prawna \* | | | | | | | | | | | | | |
|  Inne \* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data rozpoczęcia udziału we wsparciu: | | \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ \_ \_ | | | | | Data zakończenia udziału we wsparciu: | | | | | | | | | \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ \_ \_ | | | | | | | | |
| Rodzaj przyznanego wsparcia: | | Inne: \* | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sytuacja osoby w momencie  zakończenia udziału w projekcie: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

*\*Należy wstawić znak „x” we właściwym polu.*

*\*\*Należy wypełniać tylko pola nie wypełnione kolorem.*

……….………………………………………………………

(data i czytelny podpis osoby wypełniającej CZĘŚĆ B)